## ACTA DE SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

**Tema**: Seguimiento en campo a Entorno Cuidador Laboral - "Bienestar en Nuestro Entorno Laboral" Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. CONVENIO No. 4174-2024

| Dirección y/o Oficina | Proceso |
|---|---|
| SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA | GESTION SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA / INSPECCIÓN/VIGILANCIA Y CONTROL |

| **Objetivo de la reunión** | **Fecha del seguimiento:** 08/08/2025 |
|---|---|
| Realizar el seguimiento técnico en campo a la operación de los Productos del convenio interadministrativo GSP_PSPIC No. 4174-2024 suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | **Lugar:** Cigarreria Santo Toribo<br>**Hora Inicio:** 11:00 AM **Hora Fin:** 12:30 PM<br>**Responsable del seguimiento:** Sandra Yanira Leal Ortiz |

| | |
|---|---|
| **ENTORNO, TEMA TRANSVERSAL O PROCESO TRANSVERSAL:** | Entorno Cuidador Laboral - "Bienestar en Nuestro Entorno Laboral" |
| **NOMBRE DEL PRODUCTO:** | Asesoria Para desvinculacion de trabajo |
| **CODIGO DEL PRODUCTO - PPP** | 37 |
| **LINEA (VSA) / SUBSISTEMA (VSP):** | No aplica |
| **LOCALIDAD** | Ciudad Bolivar |

### 1. ASPECTOS A VERIFICAR - SEGUIMIENTO TÉCNICO EN CAMPO

**ACTIVIDAD / PROCEDIMIENTO / INTERVENCIÓN:**

Asesoria de enfermeria

| Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita | Cumple | No cumple | No Aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| La persona que ejecuta la intervención cumple con el perfil establecido en los anexos del convenio. | X | | | La Profesional cumple con el prfil de enfermeria requerido para este Proceso dentro del lineamiento. |

| Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita | Cumple | No cumple | No Aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| La persona que realiza la intervención porta la chaqueta y carné de la subred. | X | | | La Profesional porta su carné y chaqueta institucional |
| Utiliza los elementos de protección personal requeridos para la intervención. | | | X | De igual forma al iniciar la asesoría se presenta con nombre completo, perfil y brinda información de la misma. |
| **Diligenciamiento de actas y/o Formatos:** Se utiliza los documentos, Formatos instrumentos o actas oficiales definidos en el lineamiento, y se diligencian de forma clara y legible. | X | | | El diligenciamiento del formato de forma clara y acorde a la asesoría realizada durante el seguimiento se hace seguimiento al decalogo de salud diligenciado durante la caracterización se deja los compromisos en salud. |
| **Calidad de la actividad** La intervención se desarrolla en cumplimiento a los lineamientos y anexos técnicos definidos por la SDS en el Convenio o contrato. | X | | | La asesoría se desarrollo en cumplimiento de lo descrito en el lineamiento para la asesoría en salud para el producto de NNA se toma medidores y brinda recomendaciones de acuerdo a lo indagado |

| Criterios de Calidad: aspectos generales a evaluar en la visita | Cumple | No cumple | No Aplica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| **Calidad de la actividad** La intervención se desarrolla teniendo en cuenta la perspectiva pedagógica dialógica definida en el marco de los lineamientos de la educación para la Salud Pública. | X | | | La Profesional realiza su asesoría con el adolescente y explica el paso a paso de lo que esta realizando. Brinda información de forma integral en salud con enfoque de habitos saludables |
| **Calidad de la actividad** Cuenta con los insumos requeridos según el anexo 8 del convenio, para el desarrollo de la actividad | X | | | La Profesional cuenta con los insumos requeridos para la asesoría en salud como: tallimetro, bascula y papeleria |
| **Otros aspectos evidenciados** | Se maneja la asesoría de forma clara con material de apoyo. | | | |

**2. HALLAZGOS EN CASO DE NO CUMPLIMIENTO:**

No se identifican hallazgos

## 3. PLANES DE MEJORA PARA FORTALECER EL PRODUCTO:

se genera plan de mejora SI____ NO X

| COMPROMISOS | RESPONSABLE | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 4. FIRMA DE QUIENES PARTICIPARON EN EL SEGUIMIENTO:

| No | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | ENTIDAD | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Sandra Juana Leal | Prof Espc | SDS | |
| 2 | Mabel Herrera O. | Prof Apoyo. | Subred Sur | |
| 3 | Elsy Ayala Gil | Enfermera | Subred Sur | |
| 4 | Helena Aldana Garcia | Líder equipo de apoyo | SDS | |
| 5 | Mabel Mora | Prof. Esp. Apoyo PIC | Subred Sur | |
| 6 | Lina Lopez M. | Prof Esp Apoyo PIC | Subred Sur | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |

**Evaluación y cierre del seguimiento**

| ¿Se logró el objetivo? | | Observaciones (si aplica) |
|---|---|---|
| Sí [X] | No [ ] | "La Coordinación GSP - PSPIC de la Subred y el Líder del equipo de apoyo a la supervisión de la SDS; si bien no participaron en el seguimiento en campo, firman el acta como notificación de lo evidenciado por parte de los profesionales del equipo de apoyo a la supervisión." |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA<br>SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA<br>SISTEMA DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>REGISTRO SEGUIMIENTOS EN CAMPO<br>DOCUMENTO CONTROLADO NO CODIFICADO | |
|---|---|---|

Elaboró: Claudia Acosta Rios - Hugo Céspedes González /Revisó:– Marcela Martínez Contreras / Aprobó: Patricia Eugenia Molano Builes

NOMBRE DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISIÓN Sandra Yomira Leal Ortiz

ENTORNO/PROCESO/LINEA: Entorno Cuidador Laboral

PERIODO OBJETO DE SEGUIMIENTO Agosto 2025

| No | FECHA DEL SEGUIMIENTO EN CAMPO | HORA | PRODUCTO/INTERVENCION | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCION/ USUARIO | DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO/INSTITUCION/USUARIO | NUMERO DE ACTA/FICHA QUE SE REALIZO EL SEGUIMIENTO EN CAMPO (SI APLICA) | VISITA DE CASA EFECTIVA/FALLIDA | AUTORIZO USO Y TRATAMIENTO DE MIS DATOS (*) | FIRMA DEL USUARIO | FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SUBRED |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 08/08/2025 | 11:00 AM | 37 | Cigarrería Santo Sabo | Kra 19 D. # 66 - 18 | 3190251888 | Efectiva | Si | Diego Agudelo | |
| 2 | 08/08/2025 | 2:00 PM | 37 | Distriplaz GL | Kra 20A # 64 - 10 Lc 22 | 3190252451 | Efectiva | Si | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISION

(*) "Acepta los términos y condiciones donde se indica en la columna Si o No Autorizo expresamente a la Secretaría Distrital de Salud y el Fondo Financiero Distrital de Salud, para hacer uso y tratamiento de mis datos personales de conformidad con lo previsto en el Decreto 1377 de 2013 que reglamenta la Ley 1581 de 2012. (Política de Protección de Datos Personales)"